

Reinhard Gräfe
Heilpraktiker
Im Obstgarten 12
D-79312 Emmendingen - Windenreute
Telefon 07641-9680861
FAX 07641-9680859
Email: reinhard@graefe-homoeopathie-freiburg.de

Anamnesebogen

Die folgenden Angaben erleichtern die im ersten Heilungsschritt notwendigen homöopathisch-miasmatischen Mittel zu finden und die Ursache Ihrer Krankheit besser zu verstehen. Ich bitte Sie daher, alles anzukreuzen, was zutrifft. Alles andere können Sie unberücksichtigt lassen.

Name:

Adresse:

PLZ Ort:

Telefon:

FAX

E-Mail:

Geburtsdatum:

Beruf:

Familienstand:

Krankenversicherung:

1. Welche Beschwerden bringen Sie zu mir, seit wann bestehen diese, was haben Sie bisher dagegen getan? (Antibiotika, Cortison, Tee, Komplexmittel etc.)

Wodurch ausgelöst? (Trauma, Schock, Ärger, Erregung, nasse Füße, Zugluft, Unterdrückung, Impfung etc.)

Wo sind die Beschwerden oder Empfindungen?

Wie sind die Beschwerden oder Empfindungen? (brennend, stechend, etc.)

Was bessert/verschlechtert? (Ruhe, Bewegung, Wärme, Kälte, etc.)

Wann treten die Beschwerden auf?

Was hat sich seit Beginn der Beschwerden sonst noch verändert? (Appetit, Psyche, Schlaf, etc..)

2. Haben Sie weitere Beschwerden? Empfindungen dabei? Wann und wodurch wird es besser oder schlechter

3. Wann hat das Krankheitsgefühl begonnen? Versuchen Sie sich daran zu erinnern, was 1 bis 2 Jahre davor Gravierendes in Ihrem Leben passiert ist

Zu Ihrer Vorgeschichte:

4. Eigene frühere Erkrankungen (Art, wann, welche Behandlung, Operationen etc.)
Treten frühere Erkrankungen immer wieder auf?

5. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? wogegen, seit wann, wie viel, Name
Haben Sie früher oft Medikamente genommen?

Nehmen Sie orale/subkutane Kontrazeptiva („Anti-Baby-Pille“, Drei-Monatsspritze o.ä.) ein? Spirale?

6. Haben Sie Zähne mit Amalgamfüllungen? Wie viel?
Haben Sie Zahnkronen in unterschiedlichen Gold-Legierungen?
Haben Sie tote (wurzelbehandelte) Zähne im Mund?
7. Essen Sie kalorienreduzierte Nahrungsmittel (sog. Light-Produkte)?
Essen Sie Zuckerersatzstoffe?
8. Welche Impfungen haben Sie erhalten? Wann war die letzte Impfung?
9. Sind Sie in ärztlicher Behandlung?
10. Hatten Sie schon mal eine Blasenentzündung? Öfter, gar nicht, einmal?
11. Hatten Sie schon mal Gelenkschmerzen? Wenn ja, welches Gelenk?
12. Hatten Sie schon mal eine Augenentzündung?
13. Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? Hatten Sie Windpocken Mumps Diphtherie
Scharlach Röteln
14. Hatten Sie als Kind geschwollene Drüsen, Kopfgrind (Milchschorf), schorfige Ekzeme?
15. Hatten Sie Geschwüre Furunkel Fisteln Abszesse? Wo am Körper?
16. Was hatten Sie (häufig) in Ihrem Leben: Gallenprobleme , Depressionen Kopfschmerzen
einseitig beidseitig Haarausfall Zahnprobleme Herzprobleme Schilddrüsenprobleme
Knochenbruch Venenstaus/Krampfaderen Ausfluss weiß gelb grünlich braun nach
Fischriechend Harnstrahl geteilt Harnstrahl gedreht Unfälle Vergesslichkeit mystische
Erfahrungen Wutanfälle Lustlosigkeit Impotenz Allergien Hautprobleme Welche?
17. Schwitzen Sie leicht? Benutzen Sie ein konventionelles Deo?
18. Fiebern Sie leicht?
19. Haben Sie Antibiotika eingenommen?
20. Hatten sie fiebersenkende Mittel genommen?
21. Wurden Ekzeme oder Pickel mit chemischen Mitteln behandelt?
22. Haben Sie Kopfschmerzmittel genommen?
23. Haben Sie Antidepressiva oder andere Psychopharmaka eingenommen?
24. Haben Sie gegen eine Pilzerkrankung (Fußpilz/Nagelpilz) chemische Mittel eingesetzt?
25. Welche Operationen haben Sie gehabt?
26. Haben Sie das Gefühl, ein Trauma erlebt zu haben?

27. Haben Sie mal Ihre Arbeitsstelle verloren? wann
28. Hatten Sie mal Existenzängste?
29. Haben Sie Mobbing am Arbeitsplatz erlebt?
30. Ist Ihnen mal ein jüngerer Kollege „vor die Nase“ gesetzt worden?
31. Sind Sie frühzeitig gekündigt worden? Sind Sie im Ruhestand?
32. Hat man Ihnen gesagt, Sie seien allmählich zu alt für Ihren Beruf?
33. Hatten Sie mal das Gefühl überflüssig zu sein?
34. Hatten Sie mal das Gefühl keine Perspektive im Leben zu haben?
35. Hatten Sie mal das Gefühl gegen Windmühlen zu kämpfen?
36. Hatten Sie mal ein Erlebnis mit Todesangst? Hatten Sie ein Nahtoderlebnis?
37. War Ihr Geruchssinn mal gestört? War Ihr Geschmackssinn mal gestört?
38. Hören Sie schlecht? links? rechts? beidseitig?
39. Hatten Sie schon mal ein Taubheitsgefühl, auf der Haut, in den Fingern, in den Beinen, in den Füßen, sonst wo?
40. Leben Sie eine Beziehung (Mann-Frau, Mann-Mann, Frau-Frau)? Erfüllt, unerfüllt, problematisch?
41. Hat man Ihnen mal den Mann/die Frau ausgespannt? Haben Sie Schuldgefühle?
42. Leben Sie lieber alleine? Haben Sie Beziehungsprobleme / gehabt?

Zu Ihrem familiensystemischen Umfeld:

43. Mutter lebt ; hat Krankheit(en) Mutter wann gestorben an was?
44. Haben Sie die Mutter gepflegt?
45. Beziehung zur Mutter eng nicht gut schwierig
46. Wurden Sie von der Mutter gestillt?
47. Waren Sie willkommen? Sollten Sie ein Junge/Mädchen sein? Sind Sie unehelich geboren?
48. Wie war die Geburt? Normal schwierig Kaiserschnitt Sturzgeburt Steißgeburt Hausgeburt im Kreißsaal im Flüchtlingslager
49. Waren Sie als Kind von der Mutter getrennt?
50. War/ist Ihre Mutter sensibel künstlerisch introvertiert schwach War beruflich tätig selten zuhause cholerisch ungerecht laut dominant hat den Vater klein gemacht Alkoholikerin
51. Hat Sie geschlagen den Vater geschlagen Geschwister geschlagen
52. Waren Sie die Lieblingstochter/der Lieblingssohn?
53. Vater lebt hat Krankheit(en)
54. Vater wann gestorben an was

55. Haben Sie den Vater gepflegt? wie lange
56. Beziehung zum Vater eng; nicht gut; schwierig
57. Die Eltern leben getrennt; sind geschieden
58. War Ihr Vater sensibel künstlerisch introvertiert schwach selten zuhause cholerisch ungerecht laut Alkoholiker
59. Hat er Sie geschlagen Ihre Mutter geschlagen Geschwister geschlagen
60. Waren Sie sein Lieblingssohn/seine Lieblingstochter
61. Krankheiten Ihrer Geschwister
62. Krankheiten der Oma mütterlicherseits
Gestorben an wann
63. Krankheiten des Opas mütterlicherseits Gestorben an wann
64. Krankheiten der Oma väterlicherseits
Gestorben an wann
65. Krankheiten des Opas väterlicherseits
Gestorben an wann
66. Welche Krankheiten sind Ihnen in der Mutterlinie bekannt?
Welche Krankheiten sind Ihnen in der Vaterlinie bekannt?
67. Hatte jemand in der Großfamilie folgende Krankheiten/Erlebnisse: Tuberkulose; Tripper; Syphilis; Malaria; eine Tropenkrankheit; Wurmerkrankung; Schuppenflechte; Diabetes; Drogenkonsum; Rheuma; Alkoholismus; psychiatrische Krankheiten; Selbstmord; Mord; Missbrauch
68. Haben Sie in Ihrer Familie bestimmte Muster erkannt? Verhaltensmuster oder Häufung von Geschehnissen z.B. Unfälle, früher Tod o.ä.? Ist Ihnen selbst was aufgefallen?

Vielen Dank für Ihre Mühe. Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen rechtzeitig an meine Adresse, per FAX oder per email (reinhard@graefe-homoeopathie-freiburg.de), damit ich gut vorbereitet die Erstanamnese durchführen kann.